

# MEINE BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich möchte zum  Datum  TTMMJJJJ Mitglied der VIACTIV Krankenkasse werden.

## Meine persönlichen Daten

Titel, Name  Vorname

Geburtsname  Geburtsort  Geburtsland

Geburtsdatum TTMMJJJJ  Staatsangehörigkeit  weiblich  männlich  divers

Straße  Hausnummer

PLZ  Ort

Telefon

E-Mail

Familienstand:  ledig  verheiratet  Lebenspartnerschaft

## Angaben zu meinem Versicherungsverhältnis

- ich bin beschäftigt  ich bin freiwillig versichert  mein monatliches Bruttoentgelt beträgt bis zu 556,- Euro (Minijob)
- ich bin in Ausbildung  ich studiere  ich bin selbstständig
- ich beziehe Rente  ich beziehe Arbeitslosengeld  ich beziehe Bürgergeld  mein Einkommen liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (jährlich 73.800 Euro – Stand 2025)

Name des Arbeitgebers

Straße  Hausnummer

PLZ  Ort  beschäftigt seit TTMMJJJJ

## Ich war zuletzt versichert

Name der Krankenkasse/Krankenversicherung  von  TTMMJJJJ  bis  TTMMJJJJ

- pflicht-versichert  privat  freiwillig  nicht gesetzl. versichert  familienversichert  Zuzug aus dem Ausland

Es sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden. Bitte senden Sie mir den erforderlichen Fragebogen zu.

## Grund für den Kassenwechsel

- Mein Versicherungsstatus ändert sich. (z. B. Aufnahme einer neuen Beschäftigung/Ausbildung/Studium etc.)  Mein Versicherungsstatus ist unverändert. (Bitte informieren Sie meine Vorkasse über meinen Kündigungswunsch.)

## Meine Unterschrift

### Datenschutzrechtliche und werberechtliche Einwilligungserklärung

- Ich bin damit einverstanden, dass die VIACTIV Krankenkasse meine angegebenen personenbezogenen Daten verarbeitet und nutzt, um mich sowohl über die Vorteile einer Mitgliedschaft als auch zum Zwecke der Werbung und/oder Marktforschung schriftlich, telefonisch oder per E-Mail zu informieren und zu beraten.

**X**

Datum und Unterschrift

Bitte beachten Sie die beiliegenden Informationen zum Datenschutz. Diese finden Sie auch online unter [www.viactiv.de/datenschutz](http://www.viactiv.de/datenschutz).

Nur für interne Zwecke

Vertriebspartner-/Vermittler-Nr.  MA – 8i-Kennung  Referenz GP Nr.  Adr.-Quelle-Spez.

